

LE TRAITEMENT
du Prolapsus utéro-vaginal
par le Cloisonnement élargi du vagin
combiné à la périnéorraphie
(Résultats éloignés).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Avril 1924

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

GOURIER Paul

né le 21 Avril 1896, à Marmagne (Côte-d'Or)



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1924

LE TRAITEMENT
du Prolapsus utéro-vaginal
par le Cloisonnement élargi du vagin
combiné à la périnéorraphie
(Résultats éloignés).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Avril 1924

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

GOURIER Paul

né le 21 Avril 1896, à Marmagne (Côte-d'Or)



DIJON

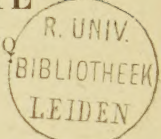
IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE. M. H. HUGOUNENQ
DOYEN. MM. J. LEPINE
ASSESEUR. ROQUE



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Plinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	WEILL
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	LANNOIS
Chysique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale.	X.
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
— — Chimie minérale.	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.	MM. PATEL
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.	CHATIN
Chirurgie expérimentale.	LERICHE
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VILLARD, Président.
M. THÉVENOT (Léon), Assesseur.
MM. COTTE, BONNET, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE,

Je dédie ce modeste travail en témoignage
de vive affection et d'infinie reconnaissance.

A MA FEMME.

A MES BEAUX-PARENTS.

A MES PARENTS ET AMIS.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR VILLARD,

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

En hommage de profond respect.

En remerciement pour le grand honneur qu'il nous
a fait en présidant cette thèse.

A M. LE DOCTEUR G. LECLERC

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

qui a été l'inspirateur de ce travail.

Nous le remercions de la bienveillance particulière
qu'il nous a toujours témoignée et le prions de
trouver ici l'expression de notre profonde recon-
naissance.

A M. LE DOCTEUR PETITJEAN,

PROFESSEUR
DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

Il s'est acquis de nombreux titres à notre reconnais-
sance. Nous l'en remercions bien vivement, et nous
le prions de croire à notre profond respect.

A M. LE DOCTEUR LONGIN,

En remerciement de la bienveillance qu'il nous a
témoignée alors que nous étions son interne.

A MES JUGES

A LA MÉMOIRE DE :
Monsieur le Professeur PARIZOT.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL DE DIJON :

Monsieur le Professeur BROUSSOLLE,
Directeur honoraire de l'École de Médecine.

MM. les Professeurs BARBIER, BARON, J. DEROYE,
GAULT, J. BROUSSOLLE, ZIPPEL.

MM. les Docteurs AGRON, GANIMÈDE, GUÉRAIN,
GAUDEMET, BLANC, BRENOT, GREMEAUX,
LUCIEN, BERNOT, E. MORLOT, MOREAU.

A MES AUTRES MAÎTRES

Hommage de gratitude et de sincère reconnaissance.

INTRODUCTION

Le traitement du prolapsus utéro-vaginal est une chose très difficile. Le nombre des opérations pratiquées montre précisément cette difficulté et lorsqu'il s'agit de choisir parmi les opérations préconisées, l'embarras est grand pour celui qui n'a pas, derrière lui, une vaste et ancienne expérience de cette question compliquée. Aussi le dernier Congrès de chirurgie avait-il mis à l'ordre du jour la question ; les rapporteurs y mirent en valeur, chez les femmes âgées, une opération jusqu'ici très délaissée et qui était bien prête de tomber dans un injuste oubli : l'opération de Le Fort.

A la vérité, quelques chirurgiens l'avaient reprise depuis plusieurs années et l'avaient améliorée. C'est ainsi que, dès 1913, le Dr Leclerc l'avait essayée, l'appliquant alors suivant la technique de Le Fort ; il en avait vu l'insuffisance et petit à petit l'avait orientée vers un adossement plus large. Ne voulant juger que sur des résultats éloignés, il n'avait rien publié.

M. le professeur agrégé Cotte, de Lyon, publiait déjà au mois d'août 1922, dans le *Journal de Chirurgie*, un travail très intéressant sur l'opération de

Le Fort. « Il est devenu le défenseur convaincu du cloisonnement élargi chez les vieilles femmes..... on peut dire qu'il a sonné le réveil de cette opération transformée ». (Rapport de M. Bégouin, de Bordeaux, au Congrès de Chirurgie 1923.)

Nous apporterons ici la statistique et les résultats éloignés du Dr Leclerc ; nous en tirerons nos conclusions et si nous n'avons pas la prétention de dire des choses très nouvelles, nous espérons cependant faire œuvre utile en contribuant à vulgariser cette excellente opération dans une affection où les guérisons solides sont rares et difficiles à obtenir.

Nous tenons à remercier le Dr Leclerc de nous avoir fait profiter de sa grande expérience, de ses conseils éclairés et du temps qu'il nous a si souvent consacré au cours de nos études médicales.

CHAPITRE PREMIER

LE CLOISONNEMENT DU VAGIN DE LÉON LE FORT

C'est à la Société de Chirurgie de Paris, en 1877, que Léon Le Fort préconisait, pour la première fois en France, le cloisonnement du vagin pour le traitement des prolapsus génitaux. Il en fixait la technique opératoire et les indications. En 1823, Gérardin, médecin de Metz, avait bien imaginé et exécuté le premier cette intervention; Neugebauer, de Varsovie, l'avait bien reprise en 1867, mais il semble à peu près certain que Le Fort, dix ans plus tard, n'ait pas eu connaissance des travaux de ces précurseurs.

A. Technique opératoire

La technique opératoire de Le Fort est simple et l'on peut la résumer ainsi :

1° *Avivement superficiel* des parois antérieure et postérieure du vagin, commençant le plus près possible de la vulve et exactement placé sur la ligne médiane, avivement ayant une largeur de deux centimètres au maximum sur une longueur de six centimètres environ.

2^o *Suture des deux avivements* en commençant par les extrémités les plus rapprochées du col de l'utérus.

B. Indications et contre-indications

Pour Le Fort, les indications opératoires sont formelles et il les pose ainsi dans la thèse de son élève André (1889). « Dans le prolapsus *complet* de l'utérus, parfaitement *réductible*, l'opération de Le Fort constitue l'opération de choix ».

L'âge de la malade n'entre alors nullement en ligne de compte et l'on pratique le cloisonnement aussi bien chez les femmes jeunes, en pleine activité génitale, que chez les vieilles.

Nous allons en voir la raison en étudiant les avantages de cette opération.

C. Avantages du cloisonnement

1^o Au point de vue du manuel opératoire, grosse facilité ; on opère à ciel ouvert, le prolapsus se réduisant progressivement au cours de la suture. « Manuel opératoire simple, inocuité absolue » écrit André dans sa thèse.

2^o Les rapports sexuels, la conception et même l'accouchement sont possibles.

Malgré tous ces avantages, l'opération de Le Fort ne sembla pas tenter et satisfaire la majorité des chirurgiens, à tel point qu'au Congrès français de Chirurgie en 1896, les rapports sur le traitement des

prolapsus génitaux n'en parlent pour ainsi dire pas ou tout au moins pour la condamner purement et simplement.

Que lui reprochait-on alors ?

D. Inconvénients

a) Le cloisonnement de Le Fort apporte une *gêne certaine* pour les rapports sexuels, la conception et l'accouchement, et c'est là le premier inconvénient qu'on peut lui reprocher.

b) Le deuxième reproche qu'on peut lui faire, c'est d'être une *opération inefficace*.

Richelot, après l'avoir pratiqué avec satisfaction, l'abandonnait et écrivait « Il ne peut réussir qu'à condition d'aviver de larges surfaces et d'oblitérer le vagin, et il ne mérite pas, même à ce prix, beaucoup de confiance ». Nous ne pouvons pas ne pas être d'accord avec Richelot puisque tout à l'heure, nous allons préconiser le cloisonnement élargi, mais néanmoins, nous pensons, en consultant les statistiques de l'époque, que si le reproche était parfaitement juste et cause de certains échecs, il n'était peut-être pas suffisant pour abandonner la méthode.

L'opération de Le Fort n'en tomba pas moins dans l'oubli jusqu'à ces dernières années. Puis elle fut reprise petit à petit, à Bordeaux par le professeur Lannelongue, par Dubourg qui y ajouta la périnéorraphie, par Chavannaz, à Paris par les professeurs Hartmann et Jean-Louis Faure, à Lyon par le professeur agrégé Cotte et elle fut définitivement con-

sacrée au dernier Congrès de Chirurgie (novembre 1923). Il est vrai qu'elle est modifiée dans sa technique et que ses indications se sont considérablement restreintes.

CHAPITRE II

L'OPERATION DE LE FORT MODIFIÉE : LE CLOISONNEMENT ELARGI DU VAGIN COMBINÉ A LA PÉRINÉORRAPHIE

Le cloisonnement du vagin tel qu'il est admis actuellement repose évidemment sur le même principe que celui qu'avait décrit Le Fort en 1877, c'est-à-dire unir après avivement les deux parois vaginales l'une à l'autre. Cependant il en diffère essentiellement au point de vue pratique et même au point de vue technique opératoire : on cherche, à l'heure actuelle, à supprimer le vagin en ne laissant qu'accessoirement deux minces conduits latéraux pour assurer l'écoulement des sécrétions utérines, alors que le but de Le Fort était de créer une mince cloison au milieu du vagin, en laissant à celui-ci toutes ses possibilités fonctionnelles. De l'avis des chirurgiens modernes, pour avoir des succès, il faut établir une cloison large, haute, solide en un mot. A l'appui de ceci, nous verrons tout à l'heure deux cas (observation I et observation VIII) où le Dr Leclerc avait fait des adossements insuffisants, cause des récidives. De plus, il faut compléter ce large cloisonnement par

la périnéorrhaphie postérieure qui permettra de corriger la béance de la vulve et, reconstituant un plancher solide, évitera à l'opération de Le Fort le reproche suivant qui lui a été fait : permettre que l'utérus refoule au-devant de lui la néo-colonne vaginale. L'intervention d'ailleurs n'en sera pas beaucoup prolongée.

La technique opératoire est simple, d'exécution facile ; elle doit être dans ses grandes lignes à peu près toujours la même pour ceux qui pratiquent cette opération ; seules, de petites variantes peuvent exister dans son exécution. Voici celle que nous avons vu employer par notre maître le Dr Leclerc.

A. Technique opératoire

I. **Soins pré-opératoires.** — Ces malades qui ont souvent des parois vaginales infectées auront besoin d'être préparées à l'intervention. Il faudra pendant quelques jours les condamner au lit et leur faire donner deux injections vaginales par jour ; entre temps, on bourrera dans le vagin une mèche de gaze enduite d'huile goménolée.

II. Tout d'abord se pose la question de l'**anesthésie**. — M. Lerclerc a employé tous les modes d'anesthésie, autrefois l'anesthésie générale, puis l'anesthésie rachidienne, puis l'anesthésie locale et enfin l'anesthésie locale plus l'épidurale. Cependant il ne faut pas perdre de vue que l'anesthésie générale n'est pas un acte chirurgical indifférent, qu'elle expose à des dangers immédiats et éloignés, qui, pour être

assez rares avec l'éther, n'en sont pas moins certains. Si on considère qu'assez souvent, on a affaire à des femmes âgées, avec cœur et reins déficients, on verra qu'il y a un intérêt certain à l'éviter. D'ailleurs, si on veut étendre au maximum les indications opératoires du cloisonnement et l'appliquer même aux femmes très âgées (75 et 80 ans), l'absence d'anesthésie générale s'imposera et sera une condition *sine qua non* de l'opération.

M. le professeur agrégé Cotte emploie couramment l'**anesthésie rachidienne** qui lui a toujours donné d'excellents résultats. « Au préalable, écrit-il, nous injectons toujours sous la peau, un centigramme de chlorhydrate de morphine et un centimètre cube de Strychnal.

Pendant la durée de l'intervention, nous faisons une injection lente de 200 à 250 centimètres cubes de sérum artificiel sous la peau, ce qui nous a paru dans une certaine mesure diminuer les malaises inhérents à l'anesthésie rachidienne ».

M. Leclerc l'a employée également ; mais il pense que si son emploi est parfaitement défendable, que si elle constitue un moyen d'anesthésie très commode, qui, surtout chez les gens âgés, donne des échecs dans une proportion minime et qui n'entre guère en ligne de compte, qu'elle est par contre comme l'anesthésie générale un acte chirurgical qui n'est pas indifférent : on n'a pas assez insisté sur les inconvénients et les dangers de l'anesthésie rachidienne. M. Leclerc y a insisté tout particulièrement (thèse de Grave 1921) et récemment à la Société de Chirurgie.

gie de Paris (décembre 1923), une de ses observations, rapportée par M. Mauclaire, en réouvrant une nouvelle discussion sur ce mode d'anesthésie, en montre bien les dangers. Sans doute, il semble que c'est chez le vieillard que l'anesthésie rachidienne est le mieux supportée, donne le moins de ratés et le moins d'accidents. Mais il n'en est pas moins vrai que l'anesthésie rachidienne est une *chose grave* dont les dangers peuvent être mis à peu près sur le même pied que ceux de l'anesthésie générale.

C'est pourquoi M. Leclerc préfère de beaucoup les **anesthésies localisées**. L'anesthésie régionale du périnée et de la face postérieure du vagin se fait très facilement. Elle donne une anesthésie parfaite, sans aucun danger ; elle a d'autre part l'avantage de donner, lorsqu'on y ajoute de l'adrénaline, un champ opératoire exsangue, ce qui est très important pour une opération où on est appelé à couper et à recouper plusieurs fois les mêmes vaisseaux. Hémorragie secondaire dira-t-on ! Il n'y a qu'à faire attention : les artères importantes se voient même lorsqu'elles ne saignent pas et les autres sont bien difficiles à prendre et à lier même si elles saignent ; ici d'ailleurs, c'est l'accollement en masse qui fait l'hémostase. Pour ceux qui craindraient ce danger imaginaire, il n'y a qu'à supprimer l'adrénaline.

La technique de cette anesthésie locale est simple. Il faut se munir d'une pince de Museux et d'une valve de façon à ne pas souiller celles qui doivent servir à l'opération. On suit la technique de Pauchet et si le col est malade, à réséquer, on en fera l'anes-

thésie par le procédé de M. Cotte : dans ce cas, il n'y aura qu'à ajouter deux piqûres, l'une sur la face antérieure du col, l'autre sur la face postérieure.

De l'anesthésie épidurale seule, nous n'avons aucune expérience, mais nous pensons que faite correctement, elle doit donner d'excellents résultats. Nous l'avons vue employer en particulier pour une amputation du col (Schröder Hartmann) avec une anesthésie parfaite du col, du vagin et de la vulve. Nous l'avons vue employer une fois (observation VII) combinée à l'anesthésie locale.

III. Manuel opératoire. — La malade aura été purgée l'avant-veille, constipée la veille, et sondée juste avant l'intervention.

1° *Lavage du vagin à l'éther* ; badigeonnage avec teinture d'iode dédoublée.

2° *Le col est saisi* avec une pince de Museux et attiré fortement à l'extérieur.

3° *Avivement des parois vaginales.*

a) **avivement antérieur.** — Sur la paroi antérieure, on circonscrit au bistouri un large lambeau rectangulaire ; celui-ci commence à 1 cm. en avant du col et descend jusqu'à 2 cm. environ de la vulve. En largeur, il comprendra toute la paroi vaginale antérieure, sauf une bandelette muqueuse de 2 cm. laissée de chaque côté. Le lambeau ainsi circonscrit sera disséqué au bistouri et enlevé en totalité.

b) **incision de la périnéorraphie et avivement postérieur.** — On fait l'incision commissurale ordinaire de la périnéorraphie postérieure et sur sa partie moyenne, on branche les deux incisions qui forment

les grands côtés du quadrilatère à enlever. De même que précédemment, on disséquera ce lambeau rectangulaire de la face postérieure du vagin. Toutefois si on veut ménager un petit vagin, les deux incisions seront distinctes, et on laissera entre l'incision du périnée et le quadrilatère une bande de muqueuse de quelques centimètres.

c) **suture des surfaces avivées et périnéorraphie.** — L'essentiel (et ceci est un point capital pour le bon succès de l'opération) est que les deux surfaces soient parfaitement adossées *et qu'il n'existe pas d'espace mort*.

On emploiera *le procédé du surjet*. On commence la suture des zones cruentées par la partie profonde, c'est-à-dire immédiatement en avant du col. On fera une série de 5 à 6 surjets successifs au catgut n° 2. On obtient ainsi une hémostase absolue et l'on n'aura pas à redouter d'hématomes créant des espaces morts et retardant la cicatrisation. La suture étant terminée, on est en présence d'une véritable colpectomie subtotale ; il ne persiste du vagin que deux minces conduits muqueux qui assureront l'évacuation des sécrétions utérines. Ces conduits latéraux doivent être d'une dimension très restreinte « admettant une plume d'oie ».

On termine par la périnéorraphie en chargeant avec l'aiguille ce qui reste des muscles releveurs. On les adosse et on les fixe l'un à l'autre par des points de suture. Le Dr Leclerc pratique toujours la périnéorraphie avec des crins de florence perdus. Bien qu'il s'expose ainsi à quelques éliminations tardives

de fils, il croit que cet inconvénient est largement compensé par la solidité indéniable qu'on obtient.

IV. **Pansements et soins post-opératoires.** — On obture la vulve avec de la gaze enduite d'une huile antiseptique quelconque ; les jours suivants, on assurera la propreté de la région par des lavages vulvaires quotidiens. Au 8^e jour, lavage à la sonde dans les rigoles.

B. **Avantages**

Le premier avantage du cloisonnement élargi du vagin est d'être une opération *efficace*. Il permet d'obtenir un cloison large, solide, assurant une guérison réelle que lui seul est capable de donner. La *colpectomie totale de Muller* qu'on pourrait lui opposer est plus longue, plus grave et a l'inconvénient de supprimer toute communication de l'utérus avec l'extérieur.

Un deuxième avantage est la possibilité d'opérer sous l'**anesthésie locale**, qui est moins choquante et beaucoup mieux supportée chez des malades très âgées.

L'opération est *simple*, (dissection de deux lambeaux muqueux et suture) facile, par conséquent pouvant se faire assez rapidement. De sa *courte durée*, du fait qu'elle n'est pas traumatisante, découle naturellement sa *bénignité*.

Les suites opératoires sont bonnes, la cicatrisation est rapide ce qui est également un gros avantage pour des malades âgées : le repos au lit n'est pas

prolongé et l'on peut ainsi éviter la congestion pulmonaire qui sympathise si facilement avec la vieillesse.

C. Inconvénients

On peut reprocher à la méthode d'obturer le vagin mais cet inconvénient en réalité n'en est pas un puisqu'il est bien entendu qu'il ne s'agit que de vieilles femmes ayant renoncé à la vie génitale.

Autre inconvénient : nous ne pouvons plus nous renseigner sur l'état du col qui peut très bien être le siège de développement d'un cancer. Nous ne savons pas si dès faits semblables ont été observés ; en tout cas, on pourrait tout de même en être averti par l'écoulement sanguin, possible par les conduits latéraux. Et ceci encore nous montre bien la supériorité du cloisonnement élargi sur la colpectomie totale de Müller.

D. Indications opératoires

Le cloisonnement est l'*opération de choix* chez les femmes âgées. Les autres procédés préconisés pour la cure du prolapsus ne donnent que des résultats incomplets, à telle enseigne qu'on est obligé de les associer pour avoir des succès (triple opération) et, c'est parce qu'on ne peut pas faire le cloisonnement chez les femmes jeunes qu'on n'emploie pas ce procédé. D'autre part la colpectomie totale est une opération excessive, qui n'est pas meilleure et qui a l'inconvénient de fermer complètement le vagin.

Maintenant on ne cherche plus à conserver la pos-

sibilité du coït, de la conception et des accouchements, et si l'âge des malades n'entraîne pas en ligne de compte pour Le Fort, il n'en est plus de même actuellement. Les indications se sont beaucoup restreintes et le cloisonnement élargi du vagin ne peut plus s'appliquer qu'aux femmes âgées, après la ménopause ; encore faut-il s'entendre.

Il n'est peut-être pas suffisant qu'une femme ait eu sa ménopause, la question des rapports sexuels doit aussi être envisagée et ce sera là, quelquefois, le seul obstacle à l'intervention. M. Cotte rapporte à ce sujet le cas d'une malade de 60 ans, justiciable de cette intervention et chez laquelle on dû « pour satisfaire aux exigences du mari, donner la préférence à l'opération de Schauta-Wertheim ». Dans nos observations, on peut voir que le cloisonnement a été pratiqué chez une femme de 38 ans, mais il ne faut pas oublier que c'est dans des conditions toutes spéciales. La malade avait déjà subi plusieurs opérations dont une hystérectomie, ce qui fait que la question de la ménopause ne se posait plus pour elle. Quant au résultat anatomique de l'intervention, on lui fit connaître ce qui d'ailleurs ne l'empêcha pas d'accepter. Ceci dit, *il est préférable de réserver le cloisonnement élargi seulement aux femmes âgées, ayant eu leur ménopause et ayant renoncé à toute vie génitale*. Dans ces conditions, il n'y a plus d'inconvénient et ainsi qu'on l'a dit : « Lorsque le petit Dieu Eros a déserté ses autels on peut sans inconvénient fermer les portes du temple ».

Est-ce là la seule indication opératoire ?

Le Fort envisageait la forme anatomique du prolapsus. Pour lui, deux conditions étaient nécessaires : il fallait que l'utérus soit en prolapsus *complet* et que ce prolapsus soit facilement *réductible*. Nous ne discuterons pas la dernière de ces conditions mais nous pensons que la première n'est pas *indispensable*. Dans nos observations nous trouvons trois cas de prolapsus incomplet, qui malgré cela, ont pu bénéficier du cloisonnement. Evidemment, il faut que le prolapsus soit un peu important et qu'il ait tendance à augmenter. Ceci d'ailleurs n'est qu'une question de degré et de tact chirurgical.

En résumé le cloisonnement élargi du vagin est tout à fait indiqué chez les vieilles femmes ayant eu leur ménopause, ayant renoncé à la vie génitale et porteuses d'un prolapsus complet, réductible. Le prolapsus incomplet n'est pas une contre-indication absolue.

E. Contre-indications

Les contre-indications, en dehors de l'âge bien entendu, sont peu nombreuses. On peut les résumer ainsi : d'une part, les contre-indications générales des opérations : mauvais état général, maladies chroniques graves, tares organiques, etc... qui d'ailleurs seront diminuées dans une certaine mesure, du fait de l'anesthésie locale ; d'autre part, les complications utéro-annexielles

CHAPITRE III

RESULTATS ÉLOIGNÉS DU CLOISONNEMENT ÉLARGI DU VAGIN

Les résultats éloignés du cloisonnement élargi du vagin sont excellents. Les statistiques, si elles ne sont pas nombreuses, sont concluantes. M. Cotte, sur 16 opérées en 2 ans, a eu 16 succès immédiats dont 5 remontent déjà à plus de 2 ans ; Douay en 1920 publie 4 succès sur 4 opérées ; Combier et Murard d'une part, Gernez d'autre part publient à la Société de Chirurgie de Paris, en mai 1923, de petites statistiques concluantes.

Nous serons heureux d'apporter celle de notre Maître le Dr Leclerc. Elle porte sur 12 *cas* dont le plus ancien date de 13 ans, les autres de 4 à 5 ans, le plus récent de 17 mois. Sur ces 12 cas, M. Leclerc a eu 10 succès non seulement immédiats mais éloignés ; les malades ont toutes été revues plus d'un an après l'intervention, souvent 2 ou 3 ans après. Les 2 insuccès ne peuvent être mis sur le compte de la méthode. L'un (observation I), qui fut le premier cas opéré, est dû au manque d'expérience de l'opération ; le cloisonnement ne fut pas suffisant, les deux avivements trop peu larges, la suture faite sur une faible

longueur, et bien qu'on ait pratiqué en même temps une hystéropexie abdominale, le prolapsus récidiva.

L'observation du deuxième échec est beaucoup plus intéressante (observation VIII). Il s'agit d'une femme de 63 ans, porteuse d'un prolapsus utéro-vaginal complet avec un périnée très réduit. Utérus de volume normal. Il a été fait à cette malade un cloisonnement du vagin complété par une périnéorrhaphie postérieure aux crins de florence perdus. Les résultats immédiats furent très bons et se maintinrent 6 mois, puis le col utérin commença à s'engager dans un des conduits vaginaux latéraux, à descendre progressivement, accompagné de douleurs abdominales, à apparaître enfin à la vulve. Un an après l'intervention, le col était véritablement *étranglé, violacé, hypertrophié, avec des ulcérations nombreuses*. Cette observation nous montre un inconvénient non pas du cloisonnement élargi du vagin mais bien du cloisonnement méthode Léon Le Fort. Nous enregistrons ici un échec qui, comme dans le cas précédent, ne peut être mis que sur le compte d'une insuffisance opératoire. Le cloisonnement avait été beaucoup *trop étroit* puisque le col avait pu s'engager dans un des conduits vaginaux, et nous insistons sur cette curieuse observation, car elle nous montre bien qu'il ne faut pas craindre de faire une cloison large, solide, pour avoir des résultats durables.

En résumé, le cloisonnement élargi du vagin nous a donné d'excellents résultats ; sur 12 cas opérés, nous avons 10 succès stables ; les 2 insuccès sont dûs à des insuffisances opératoires.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Prolapsus utérin complet. — Cloisonnement du vagin : hystéropexie par fixation intrapariétale des ligaments ronds. — Récidive.

Mme M... 61 ans. Un seul enfant il y a 35 ans. C'est depuis cette couche que l'utérus a commencé à tomber, mais il resta très longtemps sans la faire souffrir.

Depuis quelques mois, l'utérus sort au dehors lorsque la malade a marché pendant quelques instants. L'issue se fait tout d'un coup. La réduction se fait facilement et persiste lorsque la malade est couchée.

Douleur du bas ventre, des reins et des cuisses depuis quelque temps. Pollakiurie. Ménopause il y a 10 ans. Pas d'écoulement.

Examen. — Prolapsus complet ; il persiste cependant une toute petite rigole dans le cul de sac antérieur (presque rien). Allongement hypertrophique du col. Museau de tanche légèrement ulcéré. Col normal. Périnée bon. Malade un peu grasse et congestionnée.

Intervention le 9 février 1912. Anesthésie générale à l'éther. Cloisonnement du vagin mais s'arrêtant en bas au tiers inférieur du vagin. De plus, hystéropexie abdominale par fixation intra-pariétale des ligaments ronds (catgut n° 2).

Durée : 1 heure.

Suites opératoires normales. Malade hémophile : hématome de la paroi.

Au toucher, on sent que la suture vaginale s'arrête très haut sur le vagin et *n'a pas été faite sur une assez longue étendue.*

Revue le 30 mai 1912. Se déclare soulagée du côté des reins et du ventre.

Examen. **Récidive.** Le col apparaît à la vulve ; il ne reste plus rien du cloisonnement vaginal.

Au toucher l'utérus n'est plus au contact de la paroi abdominale antérieure : donc tout a lâché. De plus, la malade se plaint actuellement de fréquents ictus, avec perte de connaissance. Albuminurie. Hypertension. Devant cet état médical sérieux, le prolapsus passe au second plan ; on met un pessaire Dumont-pallier n° 6 qui a l'air de tenir assez bien.

OBSERVATION II

Prolapsus utéro-vaginal complet, récidivé après colporraphie et colpopérinéorrhaphie.

Mme C... 38 ans. Pas de maladie antérieure. 3 enfants, pas de déchirure périnéale.

Intervention le 10 octobre 1917.

Hystérectomie totale plus ligamentopexie.
Oblitération du Douglas par un catgut en bourse.

Suites opératoires : obstruction intestinale post-opératoire par hématome du Douglas. Ouverture. Amélioration immédiate.

Revue le 2 décembre 1917. **Récidive.** Grosse tuméfaction faisant saillie entre les grandes lèvres. C'est la cystocèle qui dépasse nettement le plan des grandes lèvres. Persistance des symptômes urinaires.

Revue le 10 juin 1918. **Grosse récurrence** formant une tumeur du volume du poing. Cette tumeur est formée à la fois par la paroi antérieure et la paroi postérieure, qui sont toutes deux inversées pour ainsi dire. Au milieu de la tuméfaction prolabée se voit une zone cicatricielle correspondant à la section vaginale opératoire au cours de l'hystérectomie précédente. La réduction est difficile et douloureuse.

Intervention le 22 juin 1918.

Anesthésie générale à l'éther.

Cloisonnement du vagin au catgut chromé américain n° 2. En outre périnéorraphie mais faite hâtivement et superficielle parce qu'on est gêné par le décollement dû à l'opération de Le Fort

Suites opératoires aseptiques ; part chez elle le dixième jour.

Revue : 1^o le 25 juillet 1918. Va bien ; au toucher vaginal, on sent que le cloisonnement tient, bien qu'il ne soit peut-être pas tout à fait assez large.

2^o le 15 décembre 1918. Aucune récurrence.

3^o le 9 juillet 1923. Pas de récurrence 5 ans après

l'intervention. Aucun trouble fonctionnel : la malade se livre aux durs travaux de la campagne.

OBSERVATION III

Prolapsus utéro-vaginal complet. Cloisonnement du vagin et périnéorraphie.

Mme G... 76 ans. Une fausse-couche. Une couche ; pas de déchirure du périnée. Ménopause à 45 ans. Prolapsus depuis 10 ans. Augmentation progressive depuis 3 ans surtout. Est gênée pour marcher et pour uriner. Pollakyurie. Bonne santé.

Examen : prolapsus complet ; col pas très gros ; corps ne se sent pas ; en rétroversion et sûrement petit. Périnée mince et inexistant.

Intervention le 4 aout 1919.

Anesthésie rachidienne ; bonne.

Cloisonnement du vagin fait très large avec suture au catgut chromé et périnéorraphie avec suture des releveurs aux crins perdus. On commence d'abord par aviver la paroi antérieure puis ouverture du périnée ; ensuite avivement de la paroi postérieure du vagin et suture du cloisonnement ; réfection du périnée.

Suites opératoires très bonnes ; simples lavages externes.

Revue : 1^o le 15 septembre 1919. Va très bien. Périnée tient très bien. Cloison vaginale paraît solide.

2^o le 7 aout 1923. **Très bon résultat.**

OBSERVATION IV

Prolapsus utéro-vaginal incomplet. Cloisonnement du vagin.

Mme V... 78 ans. Un accouchement ; pas de déchirure du périnée. Bonne santé, cependant dyspnée d'effort mais rien au cœur ni aux poumons.

Depuis 5 à 6 ans, prolapsus utérin. Dès qu'elle se lève, l'utérus sort et ne rentre que le soir après le coucher. Douleurs de reins et pertes blanches.

Examen : prolapsus incomplet ; il reste un notable sillon antérieur et surtout postérieur. Col peu hypertrophié mais avec ulcérations banales. *Le périnée est haut et absolument intact.* Utérus normal. En somme, variété spéciale : c'est par le haut que le prolapsus a commencé, par l'utérus et les culs de sac (comme dans les véritables hernies de l'utérus).

Intervention le 25 aout 1919.

Anesthésie rachidienne ; bonne anesthésie.

Cloisonnement du vagin au catgut chromé n° 2. Plusieurs lignes de points séparés. Le cloisonnement n'est pas poussé très bas vers le périnée qui n'est pas refait. Il est commencé en haut tout contre le col.

Suites opératoires aseptiques.

Revue en septembre 1923. Très bon résultat.

OBSERVATION V

Prolapsus utéro-vaginal complet. Cloisonnement du vagin et périnéorraphie.

Mme B... 73 ans. 2 enfants ; pas de déchirure du périnée, ne s'est pas levée tôt.

Prolapsus depuis de nombreuses années ; augmentation ces temps derniers. Depuis quelque temps, pertes blanches.

Examen : prolapsus utéro-vaginal complet avec léger sillon en arrière. Ulcération du col. Palper bimanuel : utérus petit. *Périnée réduit de hauteur.*

Intervention le 8 novembre 1919.

Anesthésie locale. Bonne anesthésie.

Cloisonnement du vagin combiné à la périnéorraphie postérieure aux crins perdus.

Suites opératoires aseptiques.

Revue : 1^o juillet 1920. Va très bien, pas de récidence.

2^o septembre 1923. **Excellent résultat.**

OBSERVATION VI

Prolapsus utéro-vaginal complet. Amputation du col. Cloisonnement du vagin et périnéorraphie.

Mme P... 61 ans. Un enfant, déchirure périnéale non recousue.

Il y a 9 ans, à la suite de secousses de voiture, apparition d'une petite tumeur à la vulve. Depuis 2 ans surtout, cette tumeur est plus apparente

(5 cm. environ). Disparition par le repos au lit. Elle réapparaît quand la malade se baisse, s'accroupit et sous l'influence de la toux et d'un effort. Troubles urinaires légers. Sensation de pesanteur au niveau du périnée.

Etat général assez touché ; la malade aurait souffert du foie. Gros goître nodulaire, cause de dyspnée d'effort, de cornage et de toux.

Examen : prolapsus utéro-vaginal complet avec col hypertrophié. *Périnée inexistant.*

Intervention le 18 septembre 1920.

Anesthésie locale : bonne.

Résection du col. Cloisonnement du vagin que l'on fait aussi large que possible et que l'on combine avec la périnéorrhaphie, de façon à ce que le bord antérieur de l'avivement de la paroi antérieure du vagin soit suturé à la lèvre inférieure de l'incision transversale de la périnéorrhaphie. Sutures très nombreuses au catgut (points séparés). Le périnée est refait par 3 crins perdus.

Suites opératoires aseptiques.

Revue : 1^o le 1^{er} décembre 1920. Va très bien.

2^o le 15 octobre 1921. **Excellent résultat.**

OBSERVATION VII

Prolapsus utéro-vaginal incomplet. — Déchirure ancienne du périnée. — Cloisonnement du vagin. — Réfection du périnée.

Mme Veuve C... 62 ans. Pas de maladie antérieure. Un enfant à 35 ans ; déchirure très large inté-

ressant le sphincter. A été opérée un an après sans succès. Vers 1911, l'utérus commence à descendre : pessaire qui n'a jamais tenu. Le prolapsus augmente progressivement. Pertes blanches puis pertes rouges. Ménopause à 52 ans.

Depuis 2 mois, le pessaire est enlevé. Le prolapsus apparaît dès que la malade se lève. Pollakiurie ; maux de reins.

Examen : prolapsus incomplet, portant sur la paroi antérieure. Col pas énorme. Corps utérin normal. Périnée complètement effondré ; l'anus et le sphincter sont intéressés.

Intervention le 20 octobre 1922.

Anesthésie locale complétée par anesthésie épidurale. Bonne anesthésie.

Cloisonnement du vagin large de 3 doigts ; il ne va pas sur la paroi postérieure jusqu'à la fourchette, de sorte que l'opération faite, on a encore un petit vagin. Périnéorraphie postérieure avec réfection du sphincter.

Suites opératoires bonnes ; cependant la périnéorraphie lâche et la malade part ne retenant pas mieux ses matières.

Revue le 9 juillet 1923. Va bien ; très soulagée. Pertes disparues complètement. Retient beaucoup mieux ses matières.

Examen : Il reste encore un petit vagin de 5 à 6 cm de profondeur. Dans l'effort, la partie de la paroi antérieure, qui est au-dessous du cloisonnement, bombe un peu mais ne sort pas. Périnée non amélioré.

OBSERVATION VIII

Prolapsus utéro-vaginal complet. — Cloisonnement du vagin et périnéorraphie. — Récidive : luxation du col utérin a travers le cloisonnement.

Mme S... 63 ans. 2 enfants ; pas de déchirure mais s'est levée 2 ou 3 jours après l'accouchement.

Début du prolapsus il y a 20 ans ; augmentation progressive. Malade peu gênée par son prolapsus.

Examen : prolapsus utéro-vaginal complet, avec col peu hypertrophié, sans ulcération. *Périnée extrêmement réduit*. Utérus de volume normal.

Intervention le 11 novembre 1919.

Anesthésie rachidienne : bonne.

Cloisonnement du vagin et périnéorraphie aux crins de florence perdus.

Suites opératoires bonnes.

Résultat immédiat bon. Vers le mois de mai 1920, le prolapsus réapparaît : augmentation progressive. A maigri.

Revue le 15 aout 1920. Récidive. Col utérin très œdédié et augmenté de volume. Ulcérations nombreuses. Il semble que l'utérus s'est luxé à travers le cloisonnement dans un des conduits vaginaux latéraux ; il est comme étranglé. Le col très œdédié est violacé et hypertrophié. Réduction sous anesthésie après avoir fait sauter les brides du cloisonnement du vagin : le prolapsus réapparaît d'ailleurs de suite.

OBSERVATION IX

Prolapsus utéro-vaginal complet. Cloisonnement du vagin et périnéorraphie.

Mme M., 52 ans. Un seul accouchement il y a 18 ans. Se lève longtemps après. Déchirure périnéale non suturée.

Amorce de prolapsus depuis de longues années. Il y a un mois à la suite d'un violent effort, l'utérus se luxe pour ainsi dire au dehors. Vue quelques semaines après, la malade présente un col énorme, ulcéré, avec un prolapsus utéro-vaginal très accentué. A la suite d'un repos, le col est revenu à son volume normal et l'ulcération a disparu. Ménopause il y a 7 ans. Corps utérin de volume normal. *Périnée inexistant*

Intervention le 4 février 1920.

Anesthésie rachidienne : bonne.

Cloisonnement du vagin et périnéorraphie aux crins de florence perdus.

Suites opératoires aseptiques mais les points superficiels du périnée lâchent.

Revue en aout 1923. Résultat très bon.

OBSERVATION X

Prolapsus utéro-vaginal incomplet. — Cloisonnement du vagin et périnéorraphie.

Mme J., 63 ans. Accouchement normal. Ménopause il y a 13 ans. Il y a 2 ans, léger prolapsus amélioré

par le repos au lit. Est réapparu quand la malade a repris son travail.

Examen : prolapsus utéro-vaginal incomplet. L'utérus rentre quand la malade est couchée. Persistance d'un cul de sac postérieur assez marqué, la paroi antérieure étant complètement prolabée. Périnée diminué de hauteur et insuffisant. Col hypertrophié légèrement, avec ulcération banale. Corps utérin en rétroversion. Bon état général.

Intervention le 1^{er} février 1922.

Anesthésie locale : bonne.

Cloisonnement du vagin et périnéorrhaphie aux crins de florence perdus.

Revue le 9 juillet 1923. Excellent résultat.

OBSERVATION XI

Prolapsus utéro-vaginal complet. — Cloisonnement du vagin.

Mme V... 54 ans. Pas de maladie antérieure. 2 enfants. Pas de déchirure. Ménopause il y a 4 ans.

Depuis 20 ans, elle présente un prolapsus léger, l'utérus ne sortant pas au dehors. Depuis quelques mois, le prolapsus s'est complété et s'accompagne de fréquentes envies d'uriner et d'un peu de gêne pour travailler.

Examen : prolapsus complet ; paroi vaginale antérieure complètement retournée. Col un peu hypertrophié avec une grosse ulcération. Corps utérin pas très gros. *Périnée très épais*. Malade très grasse. Bon état général.

Intervention en mai 1922.

Anesthésie locale : bonne.

Cloisonnement du vagin.

Revue en février 1924. Bon résultat.

OBSERVATION XII

Prolapsus utéro-vaginal complet. Cloisonnement du vagin.

Mme B... 57 ans. Pas de maladie antérieure, 10 enfants, une fausse-couche. A 37 ans, est opérée pour déchirure périnéale post partum et prolapsus consécutif ; elle a encore 3 enfants après cette opération. Ménopause à 45 ans. Depuis 5 mois, perd en blanc et en rouge ; douleur vague dans les lombes.

Examen : prolapsus utéro-vaginal complet. Sur le col qui n'est pas très hypertrophié, deux petites ulcérations banales. Utérus de volume normal. *Périnée haut et ferme.*

Intervention 25 septembre 1922.

Anesthésie rachidienne ; scurocaïne (10 centigr.) ; bonne.

Cloisonnement du vagin, en laissant de chaque côté, une bande de muqueuse qui n'excède pas 2 cm. Le périnée haut n'est pas refait.

Revue en décembre 1923. Excellent résultat.

CONCLUSIONS

1° Le cloisonnement élargi du vagin (opération de Le Ford élargie) combiné à la périnéorrhaphie est l'opération de choix dans le prolapsus utéro-vaginal des vieilles femmes ayant eu leur ménopause et ayant renoncé complètement à la vie génitale.

2° Il trouve particulièrement ses indications dans le prolapsus complet mais doit être appliqué aussi dans le prolapsus incomplet, toutes les fois que le degré de ce prolapsus est assez important et qu'il est en voie d'augmentation.

3° Le cloisonnement élargi du vagin est supérieur à toutes les autres opérations dirigées contre le prolapsus parce qu'il est plus sûrement efficace. Les résultats éloignés que nous apportons prouvent cette efficacité.

4° Cette opération est bénigne. La possibilité de la pratiquer sous anesthésie locale la rend plus bénigne encore et fait que, pourvu que la décision de suppri-

mer le vagin soit établie, les indications en sont extrêmement larges et qu'on peut la faire chez des femmes très âgées.

Le Président de la Thèse,

VILLARD.

Vu :

Le Doyen,

JEAN LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 Mars 1924.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université.

J CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- MALGAIGNE et LE FORT. — *Manuel de médecine opératoire*, 9^e édition 1889, t. II, p. 786.
- ANDRÉ. — *Du Traitement du prolapsus utérin* par l'opération de Le Fort, Thèse de Paris 1889.
- COTTE et CRESSEYL. — *Journal de chirurgie*, 2 août 1922, t. XX, n^o 2, p. 115.
- COTTE. — *Société de Chirurgie de Lyon* 1923.
- HARTMANN. — *Gynécologie opératoire* 1913 et *Gynécologie et obstétrique* 1921, t. III, n^o 5, p. 337.
- J. L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, 3^e édition 1923, p. 424 et 425.
- DOUAY. — *Gynécologie et obstétrique* 1920, t. II, n^o 4, p. 528.
- GRAVE. — *Les avantages, les inconvénients et les dangers de l'anesthésie rachidienne. Ses indications*. Thèse de Lyon 1921.
- COMBIER et MURARD. — *Société de Chirurgie de Paris*, 16 mai 1923. Rapport de M. Chifelliau.
- GERNEZ. — *Société de Chirurgie de Paris*, 23 mai 1923.
- VYATT. — *Analyse in Journal de Chirurgie*, t. X, n^o 2, février 1913, p. 269.
- LECLERC. — *Société de Chirurgie de Paris*, 19 décembre 1923, Rapport de M. Mauclaire.
-

